

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1465

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GIBERT Jean-Hubert

Né le 16 Août 1914 à Aurillac (Cantal)

**Contribution à l'Etude
des Images Calculeuses
de la région sous hépatique
(Calculs diverticulaires du cœco-côlon)**

Président : Maurice CHIRAY, Professeur

EXPANSION SCIENTIFIQUE

FRANÇAISE

23, RUE DU CHERCHE-MIDI, PARIS-VI

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GIBERT Jean-Hubert

Né le 16 Août 1914 à Aurillac (Cantal)

**Contribution à l'Etude
des Images Calculeuses
de la région sous hépatique**
(Calculs diverticulaires du cæco-côlon)

Président : Maurice CHIRAY, Professeur

EXPANSION SCIENTIFIQUE

FRANÇAISE

23, RUE DU CHERCHE-MIDI, PARIS-VI

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. -- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINI
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE.
Clinique urologique	LENORMANT.
	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	TROISIER
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) ... Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI ... Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCC	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY-RADOT			
SEZARY			
	MM.		
	ECALLE	Clinique obstétricale.	
	METZGER		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Eucation physique.
LEDoux-LEHARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE,

A MA MERE,

Faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance

A MON FRÈRE LE DOCTEUR LOUIS GIBERT

Témoignage de profonde amitié.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

DOCTEUR FERNAND LINARES

dont la vie restera pour moi le meilleur des exemples.

A TOUTE MA FAMILLE.

A MES AMIS LES DOCTEURS :

Anne-Marie MASSON — Jean AUVERT — Paul
BACONNET — Jean CAYROL — François CHAREIRE
— Paul FAVRE — Jean GERMOND — Georges
LHERMET — Jean LIEURADE — Gabriel ROCHE
— Pierre VERMENOUE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHIRAY

Médecin de l'Hôpital Bichat,
Officier de la Légion d'Honneur.

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a fait l'honneur d'en
accepter la Présidence.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS :

Stage :

Professeur CATHALA, Médecin des Hôpitaux,
Professeur CHABROL, Médecin des Hôpitaux,
Professeur Marcel LABBÉ, Médecin des Hôpitaux
(*in memoriam*),
Professeur LENORMANT, Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur MONDOR, Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur MOREAU, Médecin des Hôpitaux.

Externat :

Docteur Louis BAZY, Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur LEMIERRE, Médecin des Hôpitaux,
Docteur TRÉMOLIÈRE, Médecin des Hôpitaux,
Docteur Sylvain BLONDIN, Chirurgien des Hôpi-
taux,
Docteur LAPORTE, Médecin des Hôpitaux,
Docteur MOUSSOIR, Médecin des Hôpitaux.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES IMAGES CALCULEUSES DE LA REGION SOUS-HEPATIQUE (Calculs diverticulaires du cæco-côlon)

Il est de notoriété commune que certains calculs biliaires échappent aux examens radiologiques les plus soigneux.

Cette invisibilité des calculs se trouve réalisée quand leur opacité est du même ordre que celle des organes voisins et quand les moyens de contraste destinés à mettre en évidence la lithiasse n'ont pu être réalisés.

Par contre, la radiographie peut mettre en évidence des ombres qui, ayant l'apparence des calculs biliaires, peuvent entraîner des erreurs de diagnostic particulièrement fâcheuses par les conséquences chirurgicales qu'elles comportent.

De telles erreurs résultent, en dehors des interprétations trop hâtives de radiographie ou d'une technique insuffisante, de certaines ombres simulant avec assez de ressemblance le calcul biliaire.

L'ombre du calcul biliaire se reconnaît à sa struc-

ture souvent très particulière et à sa localisation anatomique.

1) Sa structure :

C'est une ombre arrondie, régulièrement ombrée, qui traduit l'existence d'un gros calcul; plus fréquemment, les calculs donnent à la radiographie une ombre en cocarde avec partie plus foncée au centre et à la périphérie; séparée par une zone plus claire; traduisant la présence d'un centre et d'une coque à charge calcaire plus élevée. Souvent, d'ailleurs, la circonférence seule est visible, donnant l'image d'un cercle plus ou moins parfait, dessiné par un trait régulier.

2) Sa localisation anatomique :

Les calculs biliaires siègent en dedans de la ligne médiane, au-dessous de l'horizontale menée au niveau du disque intervertébral : douzième dorsale, première lombaire, au-dessus de l'horizontale passant par les crêtes iliaques.

Avec ces éléments, il semblerait que le diagnostic dût être toujours possible. Il n'en est malheureusement rien parce que certains calculs ont une structure amorphe et sont par conséquent privés des caractères spécifiques ci-dessus indiqués, alors que des concrétions, des calcifications, des néoformations peuvent avoir ces caractères et faire ainsi figure de calcul. D'autre part, le vrai calcul biliaire peut siéger en dehors de la zone habituelle des voies biliaires, alors que de faux calculs occupent parfois exactement cette même région.

La combinaison variable de ces multiples causes diverses explique la difficulté de certains cas.

C'est un de ces cas que nous rapporterons au cours de l'observation qui suit.

OBSERVATION

La malade, Mme L... Jeanne, ouvrière âgée de 50 ans, entre dans le service du Professeur CHIRAY, à Bichat, le 14 avril 1939.

Elle entre à l'hôpital pour un syndrome pulmonaire. Elle est mise en observation.

Depuis le mois de mars 1939, la malade se plaint d'une toux, sèche, quinteuse, accompagnée de points de côté thoraciques bilatéraux.

- on ne note pas d'expectoration abondante,
- on ne retrouve pas d'hémoptysie dans les antécédents,
- la malade n'a jamais eu de fièvre.

Par contre, elle est très fatiguée et a fréquemment, après les repas, des vomissements bilieux. Le matin, à jeun, elle est très souvent incommodée par des pituites.

Examen :

A l'examen, on constate au niveau de la face :
des varicosités des pommettes,
un léger subictère conjonctival,
une langue un peu saburrale.

Le *thorax* est asymétrique; il existe une légère cyphose.

- Les vibrations vocales sont légèrement augmentées à la partie moyenne du champ pulmonaire droit.
- Il n'existe ni matité ni submatité. A l'auscultation on entend quelques râles sous-crépitaux au niveau du sommet et de la partie moyenne du champ pulmonaire droit.
- les bruits du cœur sont bien frappés.
- La tension artérielle est de 16-9.
- Le pouls régulier, bien frappé, bat au rythme de 75 pulsations à la minute.
- La matité hépatique remonte jusqu'au 5^e espace intercostal droit sur la ligne mamelonnaire.
- La rate est percevable sur deux travers de doigt mais n'est pas perçue sous le rebord costal.

L'abdomen :

Est légèrement météorisé, pâle, blanchâtre, avec quelques veinules bleues marbrant la peau. La fosse iliaque droite est légèrement douloureuse. Le cœcum est gargouillant. Il n'existe pas de matité déclive.

Les réflexes tendineux :

Rotuliens, achilléens sont normaux, ainsi que les réflexes tendineux des membres supérieurs.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion.

Les pupilles accommodent normalement à la distance et à la lumière.

La pression des masses musculaires, et en particulier de la masse des jumeaux, réveille une douleur assez vive.

La force musculaire de l'extenseur du gros orteil est très diminuée des deux côtés.



La nuit, la malade est souvent réveillée par des cauchemars où elle voit apparaître des images terribles.

La mémoire des faits récents et lointains n'est pas troublée.

Appareil génital :

La malade réglée à 16 ans, ménopause depuis trois ans, a eu une grossesse il y a dix-sept ans. Jamais de fausse couche.

Le toucher vaginal ne révèle aucune modification pathologique du tractus génital. Rien de particulier au toucher rectal.

Le temps de saignement est de 4 minutes.

Le temps de coagulation, de 9 minutes.

Le caillot se rétracte bien.

Il n'existe pas de signe du lacet.

La température est de 37°2 le matin, de 37°6 le soir.

Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 22.

Il n'y a ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires, ni sels biliaires dans les urines.

La malade pèse 39 kilos.

Dans les antécédents :

On retrouve un long passe d'éthylisme avoué.

D'autre part, à l'âge de 17 ans, la malade a eu un ictère franc accompagné de décoloration des matières et d'urines brunes bouillon sale qui a guéri en trois semaines.

Depuis trente ans, Mme L... Jeune a présenté quatre crises douloureuses de l'hypocondre droit.

Durant ces crises, la douleur était très vive, irradiant vers l'épaule droite. Elle était suivie de vomissements bilieux et de diarrhées.

La malade a fréquemment des pituites matinales et des vomissements bilieux après les repas.

En résumé :

Cette malade, ouvrière, âgée de 50 ans, présente

actuellement un épisode pulmonaire peu important :

La recherche du bacille de Koch dans les crachats s'est révélée négative, même après enrichissement.

Une radiographie pulmonaire pratiquée le lendemain de son entrée à l'hôpital montre une image pulmonaire sensiblement normale.

Outre cet épisode pulmonaire, la malade a les symptômes cliniques d'éthylisme et l'anamnèse d'une affection hépato-biliaire.

Evolution :

La malade reste alitée une huitaine de jours.

Elle ne tousse plus, mais elle est diarrhéique et se plaint de douleurs vives et intermittentes de la fosse iliaque droite.

Le 7 mai 1939, au cours d'un examen minutieux de l'abdomen, on découvre dans l'hypocondre droit une masse assez dure, arrondie, sans limite supérieure nette, peu sensible, mobile avec la respiration, superficielle sous la paroi. Elle ne donne pas le contact lombaire.

Cette masse évoque assez bien le diagnostic de grosse vésicule ou de masse colique. Pour vérifier ces hypothèses, on demande deux examens radiologiques :

1° radiographie du cadre colique après lavement baryté;

2° examen radiologique de la vésicule biliaire.

Le lavement baryté pratiqué le 12 mai 1939 montre un dolicho-côlon gauche ainsi qu'une typlatonie importante. Mais surtout cet examen révèle à 5 cm. 5 à droite de la ligne médiane, au niveau du

disque intervertébral deuxième lombaire troisième lombaire, une ombre arrondie de 2 cm. de diamètre horizontal, de 2 cm. 5 de diamètre vertical.

Cette ombre est régulièrement ombrée avec cependant une circonférence plus nette, dessinant un trait régulier.

L'hypothèse du gros calcul biliaire est fermement envisagée. Cependant, une radiographie de la vésicule biliaire après opacification est demandée le 15 mai.

Le cholécyste est bien opacifié, mais il est situé bien au-dessus de l'image calculeuse.

L'image calculeuse est visible à l'écran et se déplace notablement au cours des mouvements respiratoires et à la palpation.

Cette image est située contre le côlon et conserve toujours avec le côlon les mêmes rapports au cours des changements de position.

Il ne s'agit donc pas d'un calcul de la vésicule. On doit alors envisager tous les diagnostics des ombres calculeuses de la région sous-hépatique.

Tout d'abord, on envisage l'hypothèse de calcul rénal :

- Certes, le calcul est trop antérieur :
- il ne se projette pas sur l'ombre rénale,
- il est en dedans d'elle,
- il est mobile avec la respiration ainsi qu'à la palpation,
- Mais les déplacements du rein sont tels que les ombres calculeuses rénales peuvent se projeter au niveau de la crête iliaque, alors que normalement le pôle inférieur du sein droit ne descend guère qu'au-dessous de la 3° lombaire. (LEPPENNETIER, NADAL.)

Dans le sens transversal, on trouve des calculs touchant la colonne vertébrale. D'autres peuvent s'en éloigner jusqu'à 10 à 12 cm. (ARCELIN.)

D'autre part, les calculs du bassinet sont généralement proches de la colonne vertébrale et en principe situés dans le quadrilatère de Bazy-Moyrand, délimité en haut et en bas par les apophyses transverses des première et deuxième vertèbres lombaires et en dehors par une ligne verticale tracée à 5 cm. 5 de la ligne médiane.

Ces déplacements du rein disent combien peut être théorique cette topographie.

Comme l'a montré l'un des rapporteurs du Congrès de l'Association française d'Urologie en 1926, le Docteur Belot, il est intéressant de savoir que les calculs urinaires peuvent être fixes et se montrer toujours dans la même position, mais aussi peuvent être mobiles et se déplacer soit en tournant sur eux-mêmes, soit en changeant de position quand ils suivent les vibrations de position de l'organe qui les contient : rein mobile, basculant ou uretère.

Aussi le 22 mai 1939 est demandée une ureteropyelographie rétrograde :

Les reins semblent être de situation et de volume radiologiquement normaux.

La tache opaque n'est ni dans le bassinet ni dans l'uretère; elle est située bien en dedans de l'ombre rénale.

Cette hypothèse rejetée, on élimine rapidement les fausses images de calculs par calcifications de cartilages costaux ou par calculs pancréatiques.

1° les calcifications des cartilages costaux sont symétriques. Leur répartition curviligne étagée sur

le trajet des arcs chondro-sternaux, leur situation très superficielle est bien caractéristique.

2° le pancréas peut présenter soit des calculs du canal de Wirsong, soit des kystes hydatiques de la tête.

Mais les images sont multiples et sont encadrées par la bouche duodénale.

L'hypothèse de ganglion calcifié fut alors envisagée. Certes, les ganglions lombaires peuvent être calcifiés, les ombres ont alors un aspect moucheté, mûriforme. Mais ces ombres sont fixes, pré ou paravertébrales, en général multiples et font partie d'une entité pathologique avec semis ganglionnaire crétacé de tous les relais lymphatiques.

Les ganglions mésentériques sont, au contraire, mobiles et se projettent de profil en avant des corps vertébraux. Leur aspect morphologique est assez spécial : tantôt petits amas agglomérés, tantôt tache unique plus ou moins rayonnée et irrégulière. Ce dernier cas pourrait correspondre à la tache que nous étudions, mais cette tache est régulièrement ombrée avec une circonférence plus nette dessinant un trait régulier, image qui ne donne jamais un ganglion calcifié.

Aussi, on reprit alors l'hypothèse d'image colique et en particulier celles dues au calcul biliaire migrateur et au contenu intestinal.

Le contenu intestinal réalise parfois en effet des aspects des plus trompeurs :

soit du fait des matières solides,

soit du fait de bulles gazeuses.

En réalité, les matières solides et les bulles gazeuses normalement contenues dans l'intestin n'appor-

tent qu'une cause d'erreur grossière. Erreur due à une interprétation trop hâtive des radiographies ou à une technique très suffisante.

Par contre, on peut trouver dans l'intestin, soit des noyaux de fruits, soit des comprimés de médicaments qui retiennent l'attention par leur aspect inusité. Les choses peuvent encore être plus compliquées. On sait en effet que des calculs biliaires peuvent passer parfois des voies biliaires dans l'intestin par une fistule.

Le 30 juin 1939, fut demandée une nouvelle radiographie du cadre colique après lavement baryté. Sur cette radiographie on retrouve, comme le 12 mai 1939, un dolicho-côlon gauche et de la typlatonie.

Mais on note surtout une image de diverticule du côlon : un pédicule opacifié existant entre l'image calculeuse et le côlon.

De ce fait, l'existence d'un diverticule avec stercolithe sur le côlon droit est très probable.

On doit abandonner l'hypothèse de ganglion calcifié, ainsi que celle de calcul biliaire migrateur.

Ainsi, l'image calculeuse de la région sous-hépatique est due à un stercolithe contenu dans un diverticule du côlon ascendant.

Un examen radiographique de tout le tube digestif fut alors pratiqué :

Ce diverticule était isolé. Il n'en existait ni au niveau de l'œsophage, ni au niveau de l'estomac, ni dans le duodénum, ni dans le grêle, ni au niveau du côlon transverse, ni au niveau du côlon descendant, ni au niveau du sigmoïde.

La rectoscopie ne révéla aucune polypose rectale.

Ce fait est remarquable, car les diverticules du côlon sont généralement multiples et de petit volume.

Si dans des cas exceptionnels, tels ceux de EDEL-VIRCHOW, on a pu les comparer à un œuf ou à une pomme, il est plus habituel de leur voir attribuer le volume d'une cerise ou d'un petit pois.

Le siège même de ce diverticule est quasi exceptionnel. En effet, la répartition des diverticules sur un côlon, tant sur la longueur que sur la circonférence, n'est pas uniforme; le siège d'élection des diverticules est le côlon sigmoïde et le côlon descendant.

Sur les quarante-deux cas observés par MAYO, les diverticules siègent :

- 36 fois sur le sigmoïde,
- 1 fois sur le transverse,
- 1 fois sur le côlon ascendant,
- 1 fois sur l'angle hépatique,
- 1 fois sur la partie sigmoïdo-rectale,
- 2 fois sur le rectum.

Sur les 185 cas rapportés par SPRIGGS, les diverticules siègent :

- 116 fois sur le côlon pelvien,
- 76 fois sur le côlon descendant,
- 31 fois sur le côlon transverse,
- 7 fois sur le cœcum,
- 23 fois sur le côlon entier.

On voit donc que les diverticules siègent, dans la grande majorité des cas, sur le côlon sigmoïde.

Aussi s'agissait-il d'un cas exceptionnel : diverticule unique du tube digestif, gros comme une noix siégeant sur le côlon ascendant, qui n'avait pas été aperçu au premier examen du cadre colique, le 12 mai 1939.

Et dans ce diverticule de siège exceptionnel, était venu se concréter un stercolithe ayant les caractères d'un calcul biliaire.

Du 30 juin à fin juillet, la malade reste toujours dans le Service : elle ne tousse plus, mais elle continue à se plaindre de douleur intermittente de l'hypocondre droit.

La malade vomit fréquemment après les repas. Elle est constipée. Elle maigrit. Elle pesait 39 kilos à son arrivée, elle pèse le 1^{er} août 36 kilos.

La recherche des bacilles de Koch dans les crachats et dans les selles est négative.

La température reste toujours normale.

La palpation de l'abdomen ne retrouve pas à chaque examen la masse abdominale, mais constamment la pression de fosse iliaque droite est douloureuse. Il existe un point douloureux plus marqué dans la région de Mac-Burney.

On pense à une appendicite chronique.

La malade est passée le 3 août 1939 dans le Service de Chirurgie de M. CAPETTE.

Elle est opérée le 5 août 1939.

Voici le compte rendu opératoire :

- Incision iliaque droite large.
- Appendicectomie à froid sans incident. Enfouissement au lin.
- Diverticule du côlon ascendant.
- On broie et on refoule le calcul stercoral qu'il contenait.
- On invagine le diverticule.
- Fil de lin en bourse au collet.
- Plicature cœcale.
- Paroi au catgut, trois plans, agrafes.

Ainsi, la laparatomie corroborait encore le diagnostic de diverticule du côlon gauche avec calcul stercoral.

En résumé :

1. — A l'occasion d'un épisode pulmonaire peu important, Mme L... Jeanne avait été hospitalisée.

2. — Au cours d'un examen, une masse est découverte dans l'hypocondre droit :

Elle est dure, arrondie, peu sensible, mobile avec la respiration.

Elle est superficielle, sous la paroi, ne donne pas le contact lombaire.

3. — Une radiographie du cadre colique après lavement baryté montre un dolicho-côlon et un certain degré de typhlisme, mais surtout se dessine une image calculeuse de la région sous-hépatique.

4. — Il existe des signes cliniques d'éthylisme et l'anamnèse d'une affection hépato-biliaire. On pense à un calcul biliaire.

5. — Une cholécystographie met en évidence une image vésiculaire normale. Le calcul siégeant au-dessous et en dedans de la vésicule.

6. — Ce n'est pas un calcul vésiculaire.

7. — Ce n'est pas un calcul rénal comme le montrent la radio de profil et l'image radiologique normale de l'arbre urinaire.

8. — On élimine rapidement les images calculeuses dues aux cartilages costaux calcifiés, aux kystes et calculs pancréatiques.

9. — On soulève l'hypothèse de ganglions calcifiés. Elle n'est pas satisfaisante.

10. — On envisage alors la possibilité de calculs biliaires migrants, ou de fausses images calculeuses dues au contenu intestinal.

Une radiographie colique après lavement baryté est de nouveau demandée :

On découvre alors un diverticule du côlon ascendant contenant vraisemblablement un calcul stercoral qui n'avait pas été aperçu à la première radiographie colique.

11. — Un mois plus tard, le diagnostic est corroboré par laparatomie.

CONCLUSIONS

I. — Cette observation illustre la difficulté du diagnostic des images calculeuses sous-hépatiques.

II. — Devant une telle image, on pense d'abord à la cause la plus fréquente : la lithiase vésiculaire, surtout quand la clinique incite à ce diagnostic.

III. — Notre observation montre la nécessité de confirmer le diagnostic par l'épreuve du tétraïode. Et ainsi on évite une intervention chirurgicale intempestive et malencontreuse.

L'erreur résulte en effet de ce qu'on donne trop souvent une importance trop grande aux caractères maphologiques de l'ombre calculeuse.

On a tendance à leur attribuer une valeur absolue, alors qu'en réalité ils n'ont qu'une valeur relative. Et l'on omet ainsi la recherche du signe de certitude : la localisation anatomique.

IV. — La lithiase vésiculaire étant éliminée, cette localisation devient très délicate. Elle nécessite alors la mise en œuvre d'une multiplicité d'examen radiologiques :

- Radiologies des reins après préparation,
- Radiologies osseuses, de face et de profil,
- Radiologies digestives par transit et lavement baryté,
- Voire même tomographies.

V. — Notre observation montre par ailleurs une rareté anatomo-pathologique :

d'une part, l'existence d'un diverticule du côlon ascendant,

d'autre part, la concrétion dans ce diverticule d'un stercolithe ayant tous les aspects d'un calcul biliaire.

Vu : Le Doyen, Tiffeneau.
Vu : Le Président de Thèse, Maurice Chiray.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMARD. — Un cas d'ombre anormale du bord inférieur du foie prise pour une lithiase biliaire. (Vichy, 1932, *Congrès de la lithiase*.)
- BENSAUDE, CAIN, MILLEMAND. — Les diverticules du gros intestin. (*Annales de Médecine*, 1923.)
- BLEFARA, MELAZZI (Rome). — Les diverticules du tube digestif.
- CAIN. — Les diverticules du gros intestin. (*Pratique Médicale française*, 1935.)
- CHIRAY, LOMON. — Les faux calculs biliaires en radiologie. (*Presse Médicale*, 18 févr. 1933.)
- CALOT. — Les erreurs de diagnostic en gastro-entérologie. (*Annales Journal digestif*, oct. 1937.)
- GATELLIER, MOATIER, PORCHER. — Radiologie clinique du tube digestif, œsophage, intestins, foie et glandes annexes. (Paris, Masson, 1935.)
- GILBERT René (Genève). — Diagnostic radiologique de la lithiase biliaire.
- HART. — Tumeurs solides du mésentère. (*Annales Surgery Hout*, 1936.)

- HARTMANN. — Sur la pathologie fonctionnelle et la diverticulose du côlon. (*Münch. Med. Woch.*, 1937.)
- LAUMONIER. — Les tumeurs du mésentère (*Feuillets Médicaux*, juillet 1937.)
- LEDoux, LEBARD. — Les diverticules du côlon (*Médecine*, juillet 1937.)
- LEPENNETIER et NADAL. — Du diagnostic des taches et particulièrement des ombres calculeuses de la région sous-hépatique (*Congrès International de la lithiase biliaire*, Vichy, 1932.)
- MAINGOT. — Valeur des procédés radiologiques de localisation des calculs sous-hépatiques (*Congrès de la lithiase biliaire*, Vichy, 1932.)
- PRAT. — Les diverticules du côlon (Paris, Arnette, 1935.)
- RENNEDY. — Les diverticules acquises du gros intestin. (*Med. Journal Austr.*, 14 août 1937.)
- SOUPAULT. — Les diverticules coliques au point de vue chirurgical. (*Arch. app. digestif*, oct.-nov. 1936.)
- STENHOLM. — Sur la diverticulose et la diverticulite du gros intestin. (*Deutsch. Zeit. Chir.*, mars 1938.)
- SZABO. — Sur la diverticule du cœcum. (*Arch. Klin. Chir.*, octobre 1937.)
- SWYNCHEDAUW. — Les diverticules du côlon et leur traitement chirurgical. (*Journ. de chir.*, 1926.)
- WILLARD et BOCKUS. — Etat clinique et thérapeutique des cas de diverticulose du côlon observés dans la clientèle privée. (*Ann. Journ. Did. D.*, octobre 1936.)

